PROPOSITION

N° 26.

DU DÉBRIDEMENT

DE L'APONÉVROSE PALMAIRE

DANS CERTAINS CAS DE RÉTRACTION PERMANENTE DES DOIGTS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 février 1832, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR J.-ALEXANDRE AVIGNON DE MORLAC, de Pont-Audemer,

Département de l'Eure;

Bachelier ès-lettres et ès-sciences; ex-Élève des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Ut desint vires, tamen est laudanda voluntas.

OVID.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Président.*
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET.
Pathologie medicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Suppléant.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur.*
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin, *Examinateur.*	Hatin.
Bouvier, *Examinateur.*	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry, *Suppléant.*
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.
Dubois.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Fundamentum omnium virtutum pietas in parentes. (Cic.)

A MES FRÈRES ET SŒURS.

A toi surtout, mon bon Édouard, *dont le souvenir des bienfaits est pour jamais gravé dans mon cœur.*

A MESSIEURS

J. BAUDOT et CABART,

Pharmacien à Versailles,

MES EXCELLENS AMIS.

Tribut d'attachement sincère et de reconnaissance.

J.-A. AVIGNON DE MORLAC.

PROPOSITION

DU DÉBRIDEMENT

DE L'APONÉVROSE PALMAIRE

DANS CERTAINS CAS DE RÉTRACTION PERMANENTE DES DOIGTS.

Avant d'entrer dans le détail des circonstances dont l'ensemble réclame le débridement de l'aponévrose palmaire, nous croyons devoir rappeler en quelques mots la disposition anatomique de cette aponévrose.

L'aponévrose palmaire superficielle est d'une extrême densité, placée dans la paume de la main et sous la peau.

Elle résulte, en partie, de l'épanouissement du tendon du muscle palmaire cutané et du prolongement du ligament annulaire antérieur du carpe. D'abord extrêmement forte à sa naissance, elle s'amincit ensuite graduellement, en s'avançant, de manière à donner naissance, vers son bord inférieur, à quatre languettes fibreuses qui se dirigent vers l'extrémité inférieure des quatre derniers os métacarpiens.

Là, chacune d'elles se bifurque pour le passage des tendons des muscles fléchisseurs, et chacune des branches de cette bifurcation

vient se fixer sur les côtés de la phalange. (Ce sont ces prolongemens qui, plus tendus que l'aponévrose, doivent être coupés dans la maladie dont nous allons faire l'histoire.)

Lorsqu'on dissèque la peau et l'aponévrose, on éprouve une certaine difficulté à les séparer à cause du tissu cellulaire et des prolongemens fibreux qui naissent de l'aponévrose. Ces adhérences expliquent les froncemens et les mouvemens de la peau. On pourrait craindre, dans la section des prolongemens fibreux, d'intéresser les nerfs et les vaisseaux; mais lorsque l'aponévrose est tendue, elle forme une espèce de pont qui les protége, de sorte qu'on peut la couper sans danger. L'aponévrose palmaire a pour usage de maintenir les tendons des muscles fléchisseurs, d'empêcher la concavité antérieure de s'effacer et de protéger les différentes parties de la main.

Telles sont les fonctions ordinairement attribuées à l'aponévrose palmaire; mais elle en a d'autres en vertu desquelles elle tend sans cesse à ramener les doigts à la demi-flexion, qui est aussi leur état de repos, et c'est l'exagération de cette fonction, produite par une maladie, qui détermine la rétraction des doigts. Cela posé, nous entrerons de suite en matière.

La rétraction des doigts, et surtout de l'annulaire, est encore à peine connue dans sa cause. Lorsqu'on passe en revue la multitude des motifs auxquels on l'attribue, la quantité de remèdes qu'on a employés contre elle, les hypothèses plus ou moins nombreuses qu'on a faites sur son origine, il n'est point surprenant qu'on l'ait crue incurable.

Causes.

On l'a successivement fait dépendre d'une affection rhumatismale, goutteuse, d'une violence extérieure, d'une fracture, d'une cause morbifique qui se serait métastasée, comme cela arrive quelquefois à la suite d'inflammation des gaînes, des tendons des muscles fléchisseurs, ou d'une espèce d'ankylose; mais bientôt nous

reconnaîtrons combien ces prétendues causes étaient peu fondées. En effet, la plupart des individus que cette maladie affecte ont été obligés de faire des efforts avec la paume de la main, et de manier des corps durs : c'est ainsi que le marchand de vin et le cocher dont nous rapporterons les observations avaient l'habitude, l'un de percer des barriques avec un poinçon, ou de gerber des pièces ; l'autre de faire jouer sans cesse son fouet sur le dos de ses haridelles. Nous pourrions encore citer l'exemple d'un homme livré aux travaux du cabinet, qui mettait un soin particulier à cacheter ses dépêches ; on la rencontre chez les maçons, qui saisissent des pierres avec l'extrémité des doigts, chez les cultivateurs, chez certains chasseurs, etc. On voit donc déjà que la maladie se manifeste de préférence chez ceux qui sont obligés de prendre un point d'appui dans la paume de la main.

Symptômes.

Les individus chez lesquels il existe une prédisposition à l'affection que nous décrivons s'aperçoivent qu'ils étendent moins facilement les doigts de la main malade ; l'annulaire ne tarde pas à se rétracter. L'altération porte d'abord sur la première phalange, les autres suivent le mouvement ; à mesure que le mal fait des progrès, l'annulaire se retire de plus en plus. C'est à cette époque que la flexion des doigts voisins se prononce d'une manière marquée. A cette période de la maladie, on ne sent aucune nodosité au-devant et autour de la corde que présente la face palmaire de l'annulaire. Les deux dernières phalanges sont droites et mobiles ; la première est fléchie à angle plus ou moins droit ; elle est mobile sur le métacarpe : dans cet état, elle ne saurait être redressée malgré les plus violens efforts. Une personne atteinte de cette infirmité, dans le but de se guérir, fit faire différens poids qui s'élevèrent successivement jusqu'à cent cinquante livres ; malgré l'énormité de ce poids, elle ne put faire cesser la flexion.

Lorsque l'annulaire est fléchi à un haut degré, la peau présente

des plis dont la concavité regarde le doigt, et la convexité l'articulation radio-carpienne. Ces plis sont le résultat des adhérences naturelles de la peau avec les parties altérées.

Au premier abord, on serait porté à croire que la peau est malade ; mais la dissection prouve que l'enveloppe cutanée est étrangère à l'affection. Si l'on touche la face palmaire de l'annulaire, on sent une corde très - tendue. Le sommet de cette corde se dirige vers la première phalange ; on peut la suivre jusque vers l'extrémité supérieure de la paume de la main ; en fléchissant le doigt, elle disparaît presque en totalité. Lorsqu'on fait des efforts pour étendre les doigts, on s'aperçoit qu'on met en mouvement le tendon du palmaire grêle, et que ce mouvement se propage à la partie supérieure de l'aponévrose palmaire ; la continuité de ces deux parties donne l'explication de leur action simultanée.

On comprend qu'il y a dans ce fait quelque chose qui fixera plus tard notre attention.

Diagnostic.

Mais à quoi donc attribuer les incommodités de ce mal? L'annulaire ne peut plus être étendu, les doigts voisins ne sauraient l'être complètement; le malade ne peut saisir que des corps peu volumineux ; s'il veut serrer fortement les objets, il éprouve une vive douleur; l'action de saisir est gênée, détermine une sensation pénible. Reste-t-il en repos, la douleur cesse, et elle ne se fait sentir de nouveau que lorsqu'il étend trop vivement les doigts.

M. *Dupuytren*, qui, dans sa clinique ou dans ses consultations, a au moins observé trente ou quarante cas de ce genre, cite une foule d'opinions diverses sur la cause de la rétraction de l'annulaire. Les uns l'ont regardée comme un épaississement et un racornissement de la peau, ne considérant pas qu'elle était entraînée et attirée sur elle-même, parce qu'elle suit le mouvement de la cause qui a déterminé le mal; d'autres l'ont fait dépendre d'une affection spasmodique des

muscles; mais cette explication est purement hypothétique, car, à l'exception de l'extension, tous les autres mouvemens s'exécutent librement et avec facilité. Le plus grand nombre a pensé que la rétraction était liée à une maladie des tendons fléchisseurs, mais l'observation a prouvé le contraire. En effet, la dissection a démontré qu'il n'existait ni inflammation, ni gonflement, ni adhérence du tissu cellulaire, ni maladie chronique de ces parties.

Quelques médecins l'ont fait naître d'une maladie des coulisses tendineuses; d'autres, d'une sorte de disposition de la surface articulaire des doigts et des ligamens latéraux. Si l'on examine l'articulation, on voit que les surfaces sont très-étendues et qu'elles sont unies de telle sorte qu'elles affectent plus spécialement la flexion, tandis que les mouvemens d'extension sont moins faciles. Les ligamens latéraux placés des deux côtés de l'articulation, présentent dans leur situation une disposition qu'il importe de noter: ils sont plus rapprochés du plan antérieur que du plan postérieur, d'où il résulte que les doigts ont plus de tendance à se porter dans le sens de la flexion que dans celui de l'extension. Mais, en admettant que cette hypothèse ait quelque valeur, elle ne pourrait s'appliquer à des hommes dans la force de l'âge; d'ailleurs elle tombe devant les faits. Il est enfin des médecins qui croient que la rétraction est due à une maladie des surfaces articulaires, qui aurait déterminé le dépoli, l'usure, l'ankylose de l'articulation.

Nous ne nous arrêterons pas plus long-temps sur ces diverses suppositions, que nous n'avons rapportées que parce qu'elles sont liées à l'historique de la maladie. Le point important pour nous, c'est qu'il existe un obstacle, et que nous devons en chercher la cause. Il y a peu d'années encore, on pensait que la rétraction de l'annulaire dépendait d'une altération des tendons des fléchisseurs. En voyant, en effet, la saillie formée à la partie antérieure du doigt, cette opinion paraissait extrêmement plausible.

Tel était l'état de la science relativement à la maladie, lorsqu'un homme atteint de cette affection vint à mourir. M. *Dupuytren*, qui

l'observait depuis long-temps, en fut informé, et il fut assez heureux pour que ce fait remarquable ne fût point perdu pour l'art de guérir. Dès qu'il eut le bras à sa disposition, il fit dessiner avec soin l'état des parties, et procéda ensuite à la dissection ; la peau ayant été enlevée dans toute l'étendue de la paume de la main et de la face palmaire des doigts, les plis, le froncement qu'elle offrait naguère, disparurent entièrement : il était donc évident que l'arrangement qu'elle présentait pendant la maladie ne lui appartenait pas, qu'il lui était communiqué ; mais comment et par quoi ? La dissection fut continuée ; on mit à découvert l'aponévrose palmaire, et c'est avec étonnement qu'on s'aperçut qu'elle était tendue, rétractée, diminuée de longueur ; de sa partie inférieure partaient des espèces de cordons qui se rendaient aux côtés du doigt malade. En faisant exécuter des efforts d'extension aux doigts, on vit clairement que l'aponévrose subissait une sorte de tension, de crispation. C'était un trait de lumière, aussi le professeur conjectura-t-il que cette aponévrose était pour quelque chose dans les effets de la maladie. Mais restait à trouver le point affecté ; on coupa les prolongemens qu'elle envoie sur les côtés des doigts ; immédiatement la contracture cessa, les doigts revinrent au demi-quart de flexion ; le moindre effort ramenait les phalanges à l'extension complète. Les tendons existaient dans leur intégrité ; les coulisses n'avaient point été ouvertes ; qu'y avait-il donc de changé ? L'enlèvement de la peau et la section des extrémités de l'aponévrose qui vont à la base des phalanges. Pour ne laisser aucun doute, et résoudre toutes les objections, les tendons furent mis à découvert ; ils avaient leur volume et leur mobilité ordinaires ; leurs surfaces étaient lisses. On poussa l'examen plus loin : les articulations étaient à l'état normal, les os n'étaient ni gonflés, ni inégaux ; ils ne présentaient pas le plus léger vestige d'altération, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur ; on ne distingua aucun changement dans l'inclinaison des surfaces articulaires, ni altération dans les ligamens extérieurs, ni ankylose ; les gaînes synoviales, les cartilages, la synovie n'avaient pas non plus souffert d'altération. Il était dès-lors naturel de con-

clure que le point de départ de la maladie était dans la tension exagérée de l'aponévrose palmaire, et que cette tension elle-même était due à une contusion de l'aponévrose, par suite de l'action trop forte ou trop long-temps prolongée d'un corps dur dans la paume de la main. Il n'était donc plus question que de trouver l'occasion d'appliquer cette théorie à de nouveaux faits : elle ne devait pas se faire long-temps attendre.

Traitement.

Les opinions diverses émises sur les causes de cette affection ont nécessairement occasioné beaucoup d'incertitude dans les moyens thérapeutiques. Les uns ont pensé qu'elle était au-dessus des ressources de l'art : les autres ont successivement employé des fumigations de vapeurs, d'abord faites avec des espèces émollientes, puis avec des substances calmantes ; des cataplasmes, des sangsues, des frictions avec des pommades résolutives, des douches de tous genres et à toutes les températures, et tout cela sans succès. Plus tard, on eut recours à l'extension permanente, au moyen d'une machine fabriquée par *Lacroix ;* mais ce moyen ne produisit aucune amélioration. Quelques chirurgiens avaient proposé la section des tendons des fléchisseurs. Cette opération a été pratiquée deux fois. Dans la première, on coupa le tendon au milieu : il se manifesta une inflammation, avec étranglement, le long de la gaîne ; la vie du malade fut mise en danger, et le doigt resta fléchi. Dans un autre cas, la section eut lieu beaucoup plus bas ; il n'y eut point d'accidens, mais le doigt conserva presque toute sa flexion. Maintenant qu'il est établi d'une manière incontestable que la rétraction des doigts tient, dans ces cas, à une rétraction de l'aponévrose palmaire, et particulièrement des prolongemens qu'elle envoie à la base des doigts, il n'est plus douteux que la maladie puisse guérir par la section de ces prolongemens et de la partie de l'aponévrose qui les fournit. Quant au procédé opératoire, nous le décrirons dans les observations suivantes.

Ire. OBSERVATION.

En 1811, M. L...., marchand de vin en gros, quai de la Tournelle, n°. 25, ayant reçu un grand nombre de pièces de vin du midi, voulut aider ses ouvriers à les ranger dans son magasin, en les entassant les unes sur les autres; ce qu'on appelle, en termes de commerce, *gerber*. A l'instant où il essayait de soulever l'une de ces pièces, qui sont ordinairement fort volumineuses, en plaçant la main gauche au-dessous du rebord saillant formé par l'extrémité des douves, il ressentit au même moment un craquement et une légère douleur dans la partie interne de la paume de la main. Il conserva pendant quelque temps de la sensibilité et de la roideur dans cet organe; mais peu à peu ces symptômes se dissipèrent, en sorte qu'il n'y fit que peu d'attention. L'accident était presque oublié, lorsqu'il s'aperçut que l'annulaire tendait à se rétracter et à s'incliner vers la paume de la main, sans pouvoir être relevé autant que les autres. La douleur n'existant point, il négligea cette légère difformité : peu à peu elle fit des progrès; chaque année l'inclinaison était plus marquée. Au commencement de 1831, l'annulaire et le petit doigt étaient tout à fait fléchis et couchés sur la paume de la main; la seconde phalange était pliée sur la première, et l'extrémité de la troisième appliquée sur le milieu du bord cubital de la face palmaire. Le petit doigt, très-fléchi, était incliné d'une manière invariable vers la paume de la main : la peau de cette partie était plissée, entraînée vers la base des deux doigts rétractés.

M. L...., contrarié de voir ce vice de conformation s'accroître de jour en jour, et désirant vivement en être débarrassé à quelque prix que ce fût, consulta plusieurs médecins. Tous pensèrent que la maladie avait son siége dans les tendons des fléchisseurs des doigts affectés, et qu'il n'y avait d'autre remède que la section de ces parties. Les uns voulaient couper les deux tendons à la fois, et les autres n'en diviser qu'un seul. Consulté à son tour, M. *Dupuytren* déclara que cette

affection n'avait point son siége dans les tendons, mais dans l'aponévrose palmaire seulement, et que quelques débridemens pratiqués sur cette aponévrose suffiraient pour rendre aux doigts toute la liberté de leurs mouvemens. L'opération fut convenue et arrêtée pour le 12 juin, et M. *Dupuytren*, aidé de MM. *Mailly* et *Marc*, y procéda de la manière suivante :

La main du malade étant solidement fixée, il commença par faire une incision transversale, de dix lignes d'étendue, vis-à-vis l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt annulaire ; le bistouri divisa d'abord la peau, puis l'aponévrose palmaire, avec un craquement sensible à l'oreille. L'incision achevée, on vit le doigt annulaire se redresser, et il put être étendu presque aussi facilement que dans l'état naturel.

Désirant éviter au malade la douleur d'une nouvelle incision, M. *Dupuytren* essaya de prolonger la section de l'aponévrose en glissant le bistouri transversalement et profondément au-dessous de la peau, du côté du bord cubital de la main, pour arriver à dégager le petit doigt ; mais ce fut en vain. Il ne put que légèrement dilater l'incision de l'aponévrose ; en conséquence, il se détermina à pratiquer de nouveau une incision transversale, vis-à-vis l'articulation de la première et de la seconde phalange du petit doigt, et détacha ainsi son extrémité de la paume de la main ; mais le reste du doigt se tint invariablement fixé vers cette partie. Alors une nouvelle incision divisa la peau et l'aponévrose, vis-à-vis l'articulation métacarpo-phalangienne correspondante ; elle procura un léger dégagement : ses effets étaient encore incomplets. Enfin, une troisième et dernière incision fut pratiquée en travers, vis-à-vis le milieu de la première phalange elle-même, et aussitôt le petit doigt put être étendu avec la plus grande facilité ; ce résultat annonçait hautement que la dernière division avait intéressé le point d'insertion de la digitation aponévrotique. Un écoulement de sang peu considérable succéda aux incisions. On pansa avec de la charpie sèche, puis on assujettit le petit doigt et l'annu-

laire dans l'extension à l'aide d'une machine appropriée et fixée sur le dos de la main.

Le jour de l'opération et la nuit suivante, peu et même point de douleur; seulement gêne légère causée par l'extension continuelle. Le lendemain matin, le dos de la main est le siége d'un empâtement peu étendu, résultat de la compression de la machine qui avait été construite d'une manière grossière par un bandagiste peu habile. Le 14 au matin, on substitue une machine confectionnée par M. *Lacroix*, et consistant en un demi-cylindre en carton, terminé par quatre tiges métalliques, s'allongeant et se raccourcissant à volonté, et surmontées d'espèces de dés, pour embrasser l'extrémité des doigts. Le malade semble d'abord éprouver du soulagement; mais le soir, l'irritation se réveille, la douleur redouble, et la main est envahie par un gonflement général. Alors, sans retirer la machine extensive, M. *Dupuytren* ordonne d'arroser constamment la main d'une solution d'eau froide et d'extrait de Saturne. Sous l'influence de ces ablutions fréquentes, la douleur et la tension diminuent, et l'état du malade devient plus supportable.

Le 15, on lève la charpie, et on trouve la suppuration à peine établie; la main est encore engorgée, et une douleur tensive, mais tolérable, se fait ressentir dans toute l'étendue des doigts redressés. On maintient la tension au même degré, et on continue les fomentations saturnines. Le 16, il n'y a qu'un léger empâtement de la main, une roideur dans les doigts; la suppuration est complètement établie. Le 17, les symptômes ont encore diminué d'intensité, et on peut augmenter la tension des doigts de quelques degrés, sans déterminer de douleur. Enfin les jours suivans, l'empâtement et la tension se dissipent, et les plaies marchent vers leur cicatrisation, mais d'une manière lente, à cause de l'écartement que produit entre leurs lèvres la position forcée dans laquelle la main est maintenue à dessein. Néanmoins, la cicatrisation est complète dans toutes les plaies le 2 juillet.

Le mode suivant lequel elle s'est opérée doit être noté : en effet,

elle a suivi une progression en rapport avec les degrés différens d'influence que l'extension exerçait sur chacune d'elles. Ainsi l'on vit successivement se fermer : 1°. celle qui correspondait à l'articulation de la première et de la deuxième phalange du doigt annulaire ; 2°. celle qui était vis-à-vis la partie moyenne de cette même première phalange ; 3°. celle qui était en rapport avec l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire. Au reste, le malade a conservé l'usage de la machine extensive pendant plus d'un mois, afin de s'opposer au rapprochement et à l'affrontement des bords des sections aponévrotiques, et d'en obtenir la cicatrisation isolée. Lorsqu'on enlève la machine, on voit que le malade peut facilement fléchir les doigts, et qu'il n'en est empêché que par la roideur dans laquelle l'état d'extension continuelle tient les articulations ; mais cette roideur sera bientôt dissipée, dès qu'on permettra au malade de se livrer à quelques mouvemens.

Le 2 août, M. L.... ne porte plus la machine extensive que la nuit, et déjà ses articulations commencent à prendre un léger degré de souplesse, qui fait juger que l'usage des tendons fléchisseurs est resté intact, et que dans quelque temps les mouvemens des doigts seront rétablis dans leur état naturel.

II°. OBSERVATION.

L'individu qui fait le sujet de cette observation est un cocher d'environ quarante ans. Depuis plusieurs années, il voyait ses doigts se retirer vers la paume de la main ; l'annulaire était surtout rétracté. Lorsqu'il vint à la Clinique, les doigts étaient tellement inclinés, qu'ils ne se trouvaient plus qu'à la distance d'un pouce et demi de la paume de la main ; la peau de la paume formait des plis dont la concavité était tournée vers les doigts.

Si l'on étendait les phalanges, on apercevait une espèce de corde

se dirigeant du doigt à la paume de la main. La maladie existait dans les deux mains. Le diagnostic ne pouvait être douteux.

Le malade assis sur une chaise, M. *Dupuytren* saisit la main droite et fit exécuter des mouvemens aux doigts; on vit manifestement la tension de l'aponévrose; alors, avec un bistouri courbe, il pratiqua des incisions demi-circulaires, l'une à la base de l'annulaire, afin de couper les deux prolongemens digitaux et latéraux de l'aponévrose palmaire qui se rend à ce doigt; l'autre à un pouce et quart au-dessous de la première dans la paume de la main, pour faire une seconde section de ce prolongement digital, et le séparer par sa base du corps de l'aponévrose palmaire. Ces incisions terminées, l'annulaire a presque aussitôt repris sa position normale; il n'y a qu'une petite quantité de sang de répandue. Le malade s'étant trouvé très-faible, M. *Dupuytren* a remis à un autre jour l'opération de la main gauche. Le pansement a été dirigé d'après la méthode adoptée dans le traitement du marchand de vin, et le malade est aujourd'hui parfaitement guéri.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Ubi somnus delirium sedat, bonum est. *Sect.* 2, *aph.* 2.

III.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

IV.

Renum et vesicæ dolores difficulter sanantur in senibus. *Sect.* 6, *aph.* 6.

V.

A sanguinis fluxu delirium, aut etiam convulsio, malum. *Sect.* 7, *aph.* 9.

VI.

Quæcumque non sanant medicamenta, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea incurabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.